

Nº 62.443

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
18 DÍA	10 MES	2025 AÑO	NEIVA (HUILA, COLOMBIA)	MEDICO LABORAL OSTEOMUSCULAR PERIODICO			
Ciudad							
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
CENDIATRA S.A.S				TRANSPORTES MULTIMODAL GROUP S.A.S			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)							
MANRIQUE ANDRADE ALBERTO				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				MASCULINO	36 AÑOS 0 MESES 26 DÍAS	CC	1082803893
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo AUXILIAR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA							
Observaciones: SIN RESTRICCIONES.							
SI	PARA CONDUCCIÓN						
RESTRICCIONES LABORALES		TIPO		RECOMENDACIONES			
SIN RESTRICCIONES LABORALES		NO APLICA		NO APLICA			
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
VISIOMETRIA				✓	AUDIOMETRIA OCUPACIONAL		✓
GLICEMIA				✓	ELECTROCARDIOGRAMA		✓
PRUEBA PSICOSENSOMETRICA				✓	PANEL X 2		✓
EXAMEN MEDICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR				✓	ALCOHOLEMIA EN SALIVA		✓
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : PROGRAMAS DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD EN EPS.		USO DE EPP			HABITOS SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			CONTROL DE PESO		
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO : NORMAL.					HACER DEPORTE		
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION					DIETA BALANCEADA		
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR NORMAL, SIN LIMITACIONES ACTUALES. AUDIOMETRIA NORMAL. VISIOMETRIA ANORMAL. GLICEMIA NORMAL. ELECTROCARDIOGRAMA NORMAL. PRUEBA PSICOSENSOMETRICA SATISFACTORIA. PANEL DE DROGAS NEGATIVAS. ALCOHOLEMIA SALIVA NEGATIVA. APTO PARA CONDUCCION VEHICULAR.							
<p>Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.</p>							

Médico

Firma:

Nombre: CC: 79593668 - GIOVANNI CABRERA

R. M.: 2076/1997

L.S.O.: 0154/2021



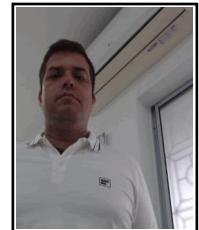
Código de Seguridad

R583X1D62443**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: MANRIQUE ANDRADE ALBERTO

cc: 1082803893



Nº 62.443

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN

18 DÍA	10 MES	2025 AÑO	NEIVA (HUILA, COLOMBIA)	TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL MEDICO LABORAL OSTEOMUSCULAR PERIODICO
Ciudad				

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

CENDIATRA S.A.S

TRANSPORTES MULTIMODAL GROUP S.A.S

Nombre de la empresa

Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

MANRIQUE ANDRADE ALBERTO

Genero	Edad	Documento de Identificación	
MASCULINO	36 AÑOS 0 MESES 26 DÍAS	CC	1082803893
Apellidos y Nombres		Tipo	Número

Cargo

AUXILIAR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: **SIN RESTRICCIONES.**

SI PARA CONDUCCIÓN

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

VISIOMETRIA	✓	AUDIOMETRIA OCUPACIONAL	✓
GLICEMIA	✓	ELECTROCARDIOGRAMA	✓
PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	✓	PANEL X 2	✓
EXAMEN MEDICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓	ALCOHOLEMIA EN SALIVA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : PROGRAMAS DE PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD EN EPS.	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO : NORMAL.		HACER DEPORTE
VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR NORMAL, SIN LIMITACIONES ACTUALES. AUDIOMETRIA NORMAL. VISION NORMAL. GLICEMIA NORMAL. ELECTROCARDIOGRAMA NORMAL. PRUEBA PSICOSENSOMETRICA SATISFACTORIA. PANEL DE DROGAS NEGATIVAS. ALCOHOLEMIA SALIVA NEGATIVA. APTO PARA CONDUCCION VEHICULAR.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: CC: 79593668 - GIOVANNI CABRERA

R. M.: 2076/1997

L.S.O.: 0154/2021



Código de Seguridad

R583X1D62443**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: MANRIQUE ANDRADE ALBERTO

cc: 1082803893